



Queensland Government

Transvaginal Ultrasound Consent (Korean) -
 경질 초음파 검사 동의

Facility:

(Affix identification label here)

URN:

Family name:

Given name(s):

Address:

Date of birth:

Sex: M F I

A. 환자가 인지 능력이 있습니까?

성인환자만 작성하십시오.

예 → B 섹션으로 가십시오.

아니오 → A 섹션을 완성하십시오.

귀하는 반드시 사전 보건 지침(AHD)을 준수해야 하며, 또는 사전 보건 지침이 없을 경우, 다음 순서에 따라 의사결정권자 대리인으로부터 동의를 구해야 합니다:

제 1 항목: 심의회에서 임명한 후견인

제 2 항목: 영구적 대리인:

제 3 항목: 법정 보건 대리인

의사결정 대리인의 이름:

의사결정 대리인의 항목:

아동/청소년 환자만 작성하십시오.

Yes 환자가 아동/청소년일지라도 환자는 고지에 입각한 동의 결정을 할 수 있으며, 그리고 충분한 성숙도, 이해력, 지능을 갖고 있음으로써 제안된 시술/치료/조사/진료의 특성, 결과와 위험성을 인지하고, 또한 비-치료 '길력 능력'의 결과를 완전히 이해할 수도 있습니다. (길력 대 웨스트 노퍽과 위스백 지역 보건당국 [1986]AC 112)
 → B 섹션으로 가십시오.

아니오 부모/법적 대리인/친권과 책임이 있는 기타의 사람이 동의서를 제공하고 이 양식을 작성합니다.
 → 섹션으로 가십시오.

*친권/보호권, 입양, 또는 기타 공식적으로 인지된 케어/후견인 주선과 같은 공식적인 주선. 퀸즐랜드 보건부의 '보건 케어 시 고지에 입각한 의사결정 가이드'와 현지 정책 및 절차를 참고하십시오. 아래에 해당하는 경우 의사결정권의 출처를 완성하십시오.

해당하는 의사결정권의 출처 (하나만 선택)

법원 명령 → 검증된 법원 명령

법적 후견인 → 검증된 서류

기타 사람* → 검증된 서류

환자/부모/법적 후견인/기타 사람*의 이름:

아동/청소년과의 관계:

B. 통역사가 필요합니까?

만일 그렇다면, 통역사는:

고지에 의한 동의서의 내용을 직접 즉석 통역해주어야 합니다

고지에 의한 동의서를 전화상으로 통역해 주어야 합니다

통역사의 이름:

통역사 코드:

언어:

C. 환자/부모/법적 후견인/기타 사람*은 다음의 시술을 요청합니다.

경질 초음파 검사

D. 경질 초음파 검사를 받는 환자에게 있는 특정 위험요소

(의사/임상의는 환자 안내서에 포함되지 않은 추가적인 위험 요소를 기록)

E. 경질 초음파 검사를 하지 않았을 때의 환자에 대한 특정한 위험

(의사/임상의가 [시술 명] 을 하지 않았을 경우에 따르는 특정 위험요소들을 기록)

F. 대체 치료 옵션들

(의사/임상의는 환자 안내서에 포함되지 않은 대체 가능한 처치 기록):

DO NOT WRITE IN THIS BINDING MARGIN

v3.00 [Translated: 2022]
 Clinical content review: 2017
 Clinical check: 11/2020
 Published: 05/2021



SW9459

TRANSVAGINAL ULTRASOUND CONSENT



Queensland
Government

Transvaginal Ultrasound Consent (Korean) - 경질 초음파 검사 동의

(Affix identification label here)

URN:

Family name:

Given name(s):

Address:

Date of birth:

Sex: M F I

G. 의사/임상의를 위한 정보

이 동의서에 있는 내용은 의사/임상의와 환자/부모/법적 후견인/기타 사람*과의 직접적인 의사소통을 대체하기 위한 것은 아닙니다.

나는 이 서식의 내용을 환자/부모/법정 후견인/기타 사람*에게 설명하였으며, 그 내용이 이해되었다고 생각합니다.

의사/임상의의 이름:

직함:

서명:

날짜:

H. 환자/의사결정 대리인 동의

본인은 의사/임상의가 다음을 설명하였음을 인정합니다:

- "경질 초음파 검사" 환자 안내서
- 의학적 상태 및 제안된 처치, 추가적인 처치 포함
- 시술에 따른 특정 위험 및 혜택
- 시술을 하지 않았을 경우의 예후, 그리고 위험성
- 대체 치료 옵션들
- 시술이 의학적 상태를 호전시킬 것이라는 보장은 없습니다.
- 시술 중 수혈이 수반될 수 있습니다
- 조직/혈액이 채취되어 분석/상태 관리에 쓰입니다.
- 시술/처치/조사/진료 중에 긴급한 생명을 위협하는 상황이 발생하면, 임상시험 관리기준에 따라 그리고 나의/아동의 최선의 이익에 맞춰 의료 서비스가 제공될 것입니다.
- 시술/치료/조사/진료 중에 생명을 위협하는 상황이 발생한다면, 나는 문서로 기록한 상의된 내용에 따라 치료받을 것입니다. (예. 사전 보건 지침(AHD) 혹은 긴급소생술 계획(ARP))
- 고문/의사/전문가가 아닌 의사/임상의가 임상적으로 적절한 시술/처치/조사/진료를 보조하거나 시행할 수 있습니다; 감독을 받으며 추가 교육훈련 중인 의사/임상의가 포함될 수 있습니다.
- 처치의 일부분으로서 녹화가 필요하지 않는 시술 중간에 의사/임상의가 비디오, 오디오나 이미지를 기록하고 싶은 때에 (예. 교육훈련 또는 연구 목적 등), 본인은 별도의 동의서에 서명하도록 요청 받을 것입니다. 만약 동의하지 않았을 경우 경우에도, 이로 인하여 모든 방식의 의료 처치를 받을 수 있는 접근성, 결과 또는 관리에 불리하게 영향이 끼치지 않습니다.

나는 질문을 할 수 있었고, 의사/임상의에게 우려를 제기할 수 있었습니다.

나는 동의서에 서명한 이후에도 언제라도 동의서에 관해 마음을 바꿀 수 있는 권리가 있다는 것을 알고 있습니다. (의사/임상의와 이것에 대해 상의해야 합니다.)

나는/부모/법적 후견인/기타 사람*은 다음의 동의서와 환자 안내서를 받았습니다:

"경질 초음파 검사"

위의 진술에 기반하여,

1) 나는/부모/법적 후견인/기타 사람*은 [시술 명]을 받는 것에 동의합니다.

환자/부모/법적 후견인/기타 사람*의 이름:

서명:

날짜:

환자가 아동/청소년인 경우:

- 이 아동/청소년이 이 치료를 받는 것에 대해 내가 전적인 동의를 함에 있어, 그렇게 할 수 없도록 하는 어떠한 법적 혹은 기타의 사유를 알고 있지 않습니다. (만인 아동/청소년이 길рик 능력이 있고 이 서식에 서명했다면 해당사항 없음.)

2) 전문 교육훈련 목적의 실습생 진료/시술

교육훈련의 목적으로, 임상 실습생이 의료 진료나 시술을 참관할 수 있으며, 환자/부모/법적 후견인/기타 사람*의 동의여부에 따라, 환자가 마취된 상태에서의 진료나 시술을 보조하거나 실시할 수도 있습니다.

나는/부모/법적 후견인/기타 사람*은 교육훈련 중인 임상 실습생의 다음 활동에 대하여 동의합니다:

나는/의사결정 대리인은 교육훈련 중인 임상 실습생의 다음 활동에 동의합니다:

- 진료/시술 참관 예 아니오
- 진료/시술 보조 예 아니오
- 진료/시술 시행 예 No

Transvaginal ultrasound (Korean) - 경질 초음파 검사

Adult and Child/Young Person | Informed consent: patient information -
아동/청소년 | 고지에 의한 동의: 환자 정보

환자/부모/법적 후견인/기타 사람*이 이 서식의 사본을 제공 받아서 자세히 읽고 시술에 대하여 질문할 수 있는 시간을 주어야 합니다. 동의서와 환자 안내서가 환자의 의료 기록에 포함되어야 합니다.



1. 경질 초음파 검사는 무엇이며 이것을 통해 나는/환자는 어떻게 도움을 받습니까?

초음파 검사는 내부 장기를 보기 위해 고주파(초음파)의 음파를 이용합니다.

초음파는 탐촉자에 의해 전송되며, 초음파 기계를 통해 다시 전달되어 화면에 이미지로 보여 집니다.

경질 초음파 검사를 하려면 특별히 고안된 탐촉자를 질 안쪽에 위치합니다. 자궁과 난소는 복부 표면의 밑 쪽 깊은 곳에 위치합니다. 탐촉자를 질 안쪽으로 삽입하게 되면 이러한 골반 조직을 가까이에서 (그리고 좀 더 정밀한 이미지) 볼 수 있게 됩니다. 경질 초음파 검사는 보통 10-15분 정도 소요되지만, 때로는 더 길어지기도 합니다. 여러분이 이 검사를 계속하기를 원하지 않으면 언제든지 멈출 수 있습니다.

경질 초음파 검사 도중에 약한 통증과 불편함을 느낄 수 있습니다. 민감한 부분으로 검사가 진행될 때는 약간의 압박을 느낄 수도 있습니다. 검사로 인해 경미한 통증 이상의 어떤 다른 통증이 발생한다면 초음파검사자/의사에게 알려주십시오.

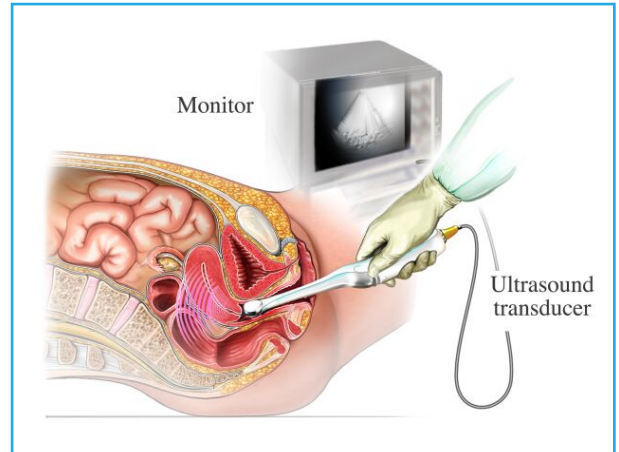


Image 1: Transvaginal ultrasound.

Illustration Copyright © 2019 Nucleus Medical Media, All rights reserved. www.nucleusmedicalmedia.com

시술 준비

경질 초음파 검사를 하기 전에 먼저 화장실로 가서 소변을 보도록 요청 받게 됩니다. 병원복으로 옷을 갈아입어야 할 수도 있습니다. 탐폰이나 생리컵을 착용하고 있다면, 제거해야 합니다.

시술 도중

검사실 안의 전등을 어둡게 함으로써 이미지가 초음파 표시 화면에 깨끗하게 보일 수 있게 할 것입니다.

보호커버나 콘돔으로 탐촉자를 덮고 윤활용 젤을 그 위에 발라서, 탐촉자가 쉽게 삽입되도록 합니다.

여러분은 진찰대 위에 누워야 합니다. 여러분의 몸을 덮기 위해 시트가 제공될 것입니다.

다리를 구부려 달라고 요청을 한 뒤 탐촉자를 질 안쪽으로 삽입할 것입니다.

초음파검사자/의사는 여러분에게 탐촉자를 삽입할 때 협조해 달라고 요청할 수도 있습니다.

여러분이 라텍스 알레르기가 있다면 직원에게 알려주십시오.

초음파검사자/의사는 골반 구조를 시각화 하기 위해 검사 하는 동안 탐촉자를 움직여야 합니다.

검사 도중에 염려할 만한 것이 생기면
검사를 진행하는 초음파검사자/의사에게
알려주십시오..

2. 어떠한 위험성이 있습니까?

경질 초음파 검사를 수행하는 데 있어 알려진
위험은 없습니다. 탐촉자는 매번 사용 후마다
고농도 소독제로 세척하고 1회용 탐촉자
커버나 콘돔으로 덮어놓습니다.

여러분의 특정한 개인적 상태와 상황에
따른 추가적인 위험이 있을 수 있습니다.
이러한 점을 초음파검사자/의사와 상의하고
이러한 점들을 서명하기 전에 동의서에 서면
기록되도록 확인하십시오.

이 시술은 마취가 요구되지 않습니다

경질 초음파 검사를 받지 않았을 때의 위험성은 어떤 것이 있습니까?

제안된 시술/처치/조사/진료를 받지
않기로 했을 경우 그에 따른 결과가 있을
수 있습니다. 이런 점들을 의사/임상의와
상의하십시오.

시술을 받지 않기로 결정한 경우, 여러분은
동의서에 서명하지 않아도 됩니다.

여러분이 동의서에 서명한 경우라도
여러분은 시술/처치/조사/진료에 앞서
언제라도 마음을 바꿀 수 있는 권리가
있습니다.

상의하려면 의사/임상의에게 연락하십시오.

3. 다른 대안이 있습니까?

환자/의사결정 대리인이 가능한 옵션에
대해 이해하고 어떤 시술을 받기로 결정해야
합니다. 동의서에 서명하기 전에 의사/
임상의에게 다른 대체 처치 옵션이 있는지를
상의하십시오.

4. 시술 후에는 어떻게 되나요?

여러분의 의료진이 시술 후 어떻게 될지
그리고 병원에서 퇴원한 후 어떤 일이 진행될
지에 대해서 여러분에게 이야기할 것입니다.

5. 누가 시술을 시행하나요?

고문 의사/전문의가 아닌 의사/임상의가
임상적으로 적절한 시술/처치/조사/진료를
보조하거나 시행할 수 있습니다.

이들 중에는 추가 교육훈련을 진행하는
의사/임상의가 포함될 수 있지만 모든
교육생들은 관련 직업 가이드라인에 맞춰
감독을 받습니다.

어느 의사/임상의가 시술을 시행할 지에
대하여 우려가 있다면 의사/임상의와
상의하십시오.

교육을 제공하는 병원에서 전문 교육훈련
목적으로, 임상 실습생이 의료 진료나 시술을
참관할 수 있으며, 여러분의 동의여부에
따라, 환자가 마취된 상태에서의 진료나
시술을 보조하거나 실시할 수도 있습니다.

여러분이 부동의 한 경우에도, 이로 인하여
여러분이 모든 방식의 의료 처치를 받을 수
있는 접근성, 결과 또는 권리에 불리하게
영향이 끼치지 않습니다. 교육훈련
목적으로 임상 실습생 시행하는 진료나
시술에 대해 여러분이 동의해야 하는 의무는
없습니다.

6. 더 많은 정보나 지원을 어디서 찾을 수 있나요?

병원 치료: 전, 중간, 후에 관한 정보는
퀸즐랜드 보건부 웹사이트에 있으며, www.qld.gov.au/health/services/hospital-care/before-after 이곳에서 여러분의 보건 권리에
대하여 열람할 수 있습니다.

환자의 문화적인, 종교적인 필요를 지원할
수 있는 직원도 있습니다. 문화적인 혹은
종교적인 지원을 원하시면 의사/임상의와
상의해 주십시오.

호주 원주민과 토레스 해협 주민 환자들은
공유된 결정을 내리는 과정에 자신들의
문화가 포함하여 진행됐을 때 가장 좋은 의료
케어를 경험한다는 것을 퀸즐랜드 보건부는
인지하고 있습니다.

7. 질문

이 환자 안내서에 대해 이해가 되지 않는 부분이 있거나, 여러분의/환자의 의료 상태, 처치 옵션들과 제안된 시술/처치/조사/진료에 관해서 의문점이 있다면 의사/임상의에게 물어보시기 바랍니다.

8. 연락주십시오

응급상황이라면, 000으로 전화하십시오.

응급상황은 아니지만, 걱정이 된다면, 13 HEALTH (13 43 25 84)으로 연락하십시오, 24 시간, 주 7일 운영됩니다.